DISSERTATION

N° 87.

SUR LES

TUMEURS FIBREUSES DE LA MATRICE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR FERDINAND-EUGÈNE-HYPPOLITE FEVEZ, d'Amiens,

Département de la Somme;

Bachelier ès-lettres, Bachelier ès-sciences; ancien Élève de l'École pratique, et des hôpitaux civils d'Amiens et de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS, *Examinateur.* RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois, *Examinateur.*
Berard.	Gerdy, *Suppléant.*
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Faible témoignage de ma vive reconnaissance pour toutes les bontés dont elle n'a cessé de me combler.

A MONSIEUR CRUVEILHIER,

Chevalier de l'ordre royal de la Légion - d'Honneur; Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris; Médecin de la Maison royale de Santé; Membre de l'Académie royale de médecine; Correspondant de l'Académie royale des sciences de Turin, etc.

F.-E.-H. FEVEZ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0000unse_c8a9

DISSERTATION

SUR LES

TUMEURS FIBREUSES DE LA MATRICE.

Des productions accidentelles de nature fibreuse peuvent se montrer dans la matrice. On les divise en trois espèces, suivant qu'elles se développent : 1°. sous la tunique péritonéale de cet organe ; 2°. dans l'épaisseur de ses parois ; 3°. sous sa membrane muqueuse. Celles de la première et de la seconde espèces sont particulièrement décrites dans les auteurs sous le nom de *corps fibreux de l'utérus*, tandis qu'ils appellent *polypes* celles de la troisième, parce qu'elles ont pour caractère constant de faire une saillie plus ou moins considérable dans la cavité utéro-vaginale, et d'avoir un pédicule. Pour nous, nous les désignerons ensemble par le nom générique de *tumeurs fibreuses de l'utérus ;* toutefois, lorsque nous parlerons de celles de la troisième espèce, nous nous servirons encore de l'expression de polypes, non-seulement pour éviter une périphrase, mais encore parce qu'elles sont généralement connues sous cette dénomination.

Causes. Les causes de la production des tumeurs fibreuses de l'utérus sont tout à fait inconnues ; elles surviennent chez un grand nombre de femmes, et souvent leur existence ne peut être constatée

qu'après la mort. *Bayle* estime ce nombre à un cinquième. Les femmes mariées, qu'elles aient eu des enfans ou qu'elles soient restées stériles, les filles encore vierges, y sont également disposées; en général, on les a observées après l'âge de trente ans, pendant ou après le temps de la menstruation. *Desault* rapporte (Jour. de Chir.) l'observation d'une petite fille de onze ans qui avait un polype utérin dont l'existence précéda de quatre ans l'époque de l'apparition des règles.

Caractères anatomiques. Les tumeurs fibreuses de la matrice présentent une organisation anatomique à peu près semblable; après avoir exposé les caractères qui leur sont communs, nous insisterons sur quelques particularités propres à chaque espèce.

Quelquefois uniques, ces productions sont d'autres fois multiples: M. *Roux* en a vu dix ou douze faire saillie dans l'abdomen; on en a trouvé jusqu'à sept ou huit dans l'épaisseur des parois de l'utérus; M. le professeur *Cruveilhier* a rencontré dans la matrice d'une phthisique trois végétations polypeuses à base large, naissant de la cavité du corps. Quelquefois on trouve chez une même femme un grand nombre de corps fibreux situés dans les trois endroits que nous avons indiqués. Nous avons vu récemment à l'Hôtel-Dieu une malade qui avait un polype pendant dans le vagin, et qui portait dans l'abdomen une tumeur que sa situation, sa consistance, et surtout sa coïncidence avec la précédente, faisaient regarder comme une tumeur fibreuse sous-péritonéale. Leur forme est presque toujours ou ronde ou ovoïde; leur surface est tantôt lisse, tantôt inégale, bosselée et anfractueuse, comme partagée en plusieurs lobes. Leur volume varie depuis celui d'une lentille ou d'une noisette jusqu'à celui de la tête d'un adulte; leur poids varie proportionnellement. La disposition des fibres des tumeurs fibreuses de l'utérus est en tout point analogue à celle de cet organe : en effet, ces tumeurs incisées crient sous le scapel et font éprouver la même sensation que lorsqu'on coupe le tissu de la matrice; c'est la même texture dense, ferme et résistante, le même entrecroisement inextricable des fibres. L'analogie est si grande,

dit M. *Cruveilhier*, que, dans le cas de polypes non pédiculés, il est impossible de distinguer ce qui appartient aux polypes de ce qui appartient à l'utérus (Essai d'Anat. path.). On aperçoit entre les faisceaux des fibres un tissu particulier très-serré, comme celluleux, qui tantôt est plus abondant, tantôt plus rare que le tissu fibreux. On y trouve quelquefois des vaisseaux d'une assez grande capacité ; dans d'autres cas ces vaisseaux sont très-petits, et même assez peu apparens pour qu'on ne puisse en admettre l'existence que parce qu'on ne pourrait guère expliquer autrement la couleur rougeâtre et surtout l'accroissement des tumeurs. On n'a pas pu y démontrer la présence de nerfs ; mais les douleurs qui accompagnent la constriction des pédicules des polypes portent à croire à leur existence. Néanmoins une disposition particulière de certains polypes nous fera voir qu'on peut expliquer d'une autre manière la production des douleurs. A la teinte rougeâtre dont nous avons parlé, se trouve unie une teinte légèrement jaunâtre ; au reste, la couleur est d'autant plus pâle que la densité est plus grande. *Levret* a comparé la substance de certains polypes qu'il a pu examiner à de la tétine de vache cuite. M. *Roux* (Mém. sur les Polypes, Mélang. de Chir.) trouve que, sous le rapport du degré de résistance et de la couleur, c'est aux substances intervertébrales des vieillards que les tumeurs fibreuses ressemblent le plus.

Les productions fibreuses sous-péritonéales présentent deux dispositions : tantôt elles sont presque entièrement renfermées dans les parois de l'utérus, et forment seulement une protubérance du côté de l'abdomen ; tantôt elles sont entièrement cachées sous la tunique péritonéale, qui seule fournit un pédicule très-grêle. Ce pédicule et quelques lames cellulaires paraissent alors le seul moyen d'union qu'elles aient avec la matrice. Dans tous les cas, le péritoine ne leur est pas intimement uni ; il semble soulevé par elles, et en est séparé par un tissu lamineux très-lâche.

Ce tissu lamineux sépare encore du tissu de l'utérus les corps fibreux qui se développent dans les parois de cet organe ; et dans

aucun cas, dit M. le professeur *Boyer*, ceux qu'on trouve dans cette situation ne sont unis avec la matrice par continuité de substance ; ils y sont enchâtonnés, de sorte qu'on peut les en séparer comme par une véritable énucléation. Quand leur nombre est très-considérable, ou qu'ils sont très-volumineux, ils déforment tout à fait la matrice. Dans un cas observé par M. *Cruveilhier*, la tumeur fibreuse était si énorme, que ce viscère était converti en une membrane mince d'une ligne et demie d'épaisseur. Ces tumeurs affectent rarement la forme ronde; le plus souvent elles envoient des prolongemens dans différens sens. Parmi elles, il en est qui proéminent du côté du ventre à la manière des tumeurs sous-péritonéales; tandis que d'autres font saillie dans la cavité de l'utérus et du vagin, de façon qu'elles imitent les polypes. M. *Roux* (Mémoire cité) nie formellement cette disposition ; c'est une erreur dont il est sans doute revenu depuis le Mémoire de M. *Hervez de Chégoin*, dont nous parlerons plus tard.

C'est des polypes que nous allons parler actuellement, et nous entrerons à dessein dans quelques détails. Ce que nous venons de dire fait déjà pressentir que nous désignons par ce nom non-seulement les tumeurs fibreuses de la troisième espèce, ou sous-muqueuses, mais encore celles qui, situées dans les parois de la matrice, font une saillie plus ou moins grande dans la cavité utéro-vaginale.

Les polypes de l'utérus paraissent avoir été inconnus jusqu'à *Guillemeau*, chirurgien du seizième siècle, qui le premier les décrivit sous le nom de *molle pendante; Dionis* les appela *cercosis* (κερκοσις, *queue de renard*). Le nom qu'ils portent actuellement leur fut donné à cause de la ressemblance qu'on leur trouvait avec le poulpe, appelé autrefois *polype marin*. Au reste, ce nom, que l'on accorde à un grand nombre d'autres tumeurs qui se développent dans les fosses nasales, les oreilles, les voies aériennes, le canal intestinal, la vessie, etc., ce nom, dis-je, n'indique nullement leur nature, mais seulement leur mode d'adhérence à la paroi des organes dans la cavité desquels ils proéminent, espèce d'implantation qui a quelque analogie avec celle des zoophytes dont nous parlions, au fond de la mer, où on les trouve.

Levret, qui le premier a fait faire tant de progrès à l'histoire des polypes, mais à qui on peut reprocher, avec raison, d'avoir cherché à exclure toute distinction entre ceux de l'utérus et les molles, *Levret* en distinguait deux espèces : les uns durs, solides, fibreux, sarcomateux ; les autres, qu'il a appelés *vivaces*, et qui ne sont autre chose, selon MM. *Boyer* et *Monfalcon*, que des excroissances fongueuses qui s'élèvent communément de quelque ulcère de l'intérieur de la matrice ; selon M. *Roux*, que des tumeurs lisses, molles, fongueuses, *analogues aux polypes des cavités nasales*, probablement aux polypes muqueux. M. *Hervez de Chégoin* (Mém. sur la disp. anat. des polyp. de la matrice.... Journ. de Méd., octob. 1827), décrit une espèce de polypes qu'il croit être le polype *vivace* de *Levret*, et cite de plus trois exemples de polypes *muqueux* M. le professeur *Cruveilhier*, outre les polypes fibreux et muqueux, en admet une troisième espèce qu'il a observée plusieurs fois : ce sont des excroissances polypeuses qui sont formées par le tissu propre de la matrice, qui est véritablement hypertrophié; elles présentent à leur intérieur des cavités analogues aux sinus utérins, et remplies d'un sang noir et caillé. Il ne me paraît pas qu'on soit parfaitement d'accord sur le nombre des espèces que l'on doive admettre; aussi pour cette raison, autant que pour me conformer au titre de ma thèse, je ne parlerai que des polypes fibreux.

Ces polypes sont d'une forme ronde tant qu'ils sont contenus dans la cavité de l'utérus; mais, quand ils sont sortis de cet organe, ils ressemblent tout à fait à une poire dont la grosse extrémité regarderait en bas. Leur volume, d'abord petit, augmente dans certains cas d'une manière rapide; dans d'autres, au contraire, après avoir acquis certaines dimensions, il devient stationnaire : on en a vu même qui ont diminué de volume, et se sont presque entièrement dissipés par le seul bénéfice de la nature (M. *Boyer.*) Les polypes tiennent à la matrice par un pédicule extrêmement variable sous le rapport du lieu de son implantation, de son volume et de son organisation : ainsi, ce pédicule adhère tantôt à la face interne de la cavité du corps utérin,

tantôt à la face interne de la cavité du col, tantôt à l'extérieur du col sur l'une ou l'autre des lèvres du museau de tanche : ainsi, il est parfois mince, grêle, allongé, peu consistant, d'autres fois épais, dur et solide. Nous parlerons tout à l'heure de son organisation. La texture intérieure des polypes fibreux de l'utérus est exactement celle que nous avons indiquée dans les généralités précédentes. — Ceux qui sont dus à une tumeur fibreuse développée dans le tissu sous-muqueux de la matrice ne sont recouverts à l'extérieur que par la membrane muqueuse; leur pédicule tantôt n'est formé que par cette membrane plus ou moins épaissie, par un peu de tissu cellulaire et par des vaisseaux. Dans ce cas, il s'allonge à mesure que la tumeur fait des progrès; il s'amincit proportionnellement, et il peut arriver que l'amincissement soit porté assez loin pour qu'une rupture et par conséquent une guérison spontanées aient lieu. M. *Hervez de Chégoin* rapporte un exemple de guérison de ce genre arrivé chez une femme de soixante-six ans; *Levret* en cite deux exemples, d'après *Mercadier* et *Louis; Mauriceau, Ruysch, F. Hoffmann*, etc., en ont observé d'autres. C'est sans doute dans des cas de ce genre que l'arrachement par torsion a pu être exécuté sans accidens consécutifs. Dans d'autres cas, le pédicule, outre les parties que nous venons d'énumérer, contient une substance parfaitement semblable à celle du corps du polype; il est dur, solide, éprouve peu d'allongement; loin de s'amincir à mesure que la tumeur fait des progrès, il acquiert un volume proportionnel. Dans quelques cas enfin, il n'y a pas véritablement de pédicule, et la tumeur est exactement de même grosseur et à son extrémité libre et à son extrémité adhérente; il en est toujours ainsi quand le polype est commençant. On a vu des polypes dont le pédicule avait quatre pouces de circonférence et même davantage. Par son extrémité utérine, le tissu du polype se confond presque toujours avec celui de la matrice, de telle sorte qu'il est impossible d'établir, même par la dissection, une ligne de démarcation tranchée; c'est surtout ce qui a lieu dans les cas de polypes non pédiculés. (*Levret*, MM. *Cruveilhier*, *Hervez de Chégoin*, etc.)

Venons maintenant aux polypes formés par une tumeur fibreuse qui s'est développée dans l'épaisseur des parois utérines, et qui a poussé devant elle, pour s'en recouvrir, une couche plus ou moins épaisse du tissu de la matrice. Cette espèce, niée par M. *Roux*, avait déjà été notée par *Vacoussin*, médecin d'Abbeville en Picardie, qui avait remarqué qu'un polype qui excédait le poids de deux livres était recouvert par une forte *membrane charnue*. Beaucoup d'auteurs ont dit que les polypes sont quelquefois entourés par une enveloppe ferme et résistante, facile à séparer; mais aucun n'a reconnu la nature musculaire de cette membrane; presque tous l'ont regardée comme la muqueuse considérablement épaissie. Nous-mêmes avons eu l'occasion d'examiner plusieurs excroissances polypeuses de la matrice, et nous avons reconnu cette disposition d'une membrane extérieure épaisse et dense; mais, n'ayant pas encore eu l'éveil sur sa véritable nature, nous nous en sommes rapporté à l'opinion la plus commune, c'est-à-dire à celle qui l'attribue à l'épaississement de la muqueuse. C'est à M. *Hervez de Chégoin* qu'on doit d'avoir appelé l'attention sur cette disposition bien importante sous le rapport des vues pratiques qui en découlent (Mémoire cité.) Ayant disséqué plusieurs tumeurs polypeuses de l'utérus, il reconnut qu'elles étaient enveloppées d'une couche musculaire, qui évidemment ne pouvait être fournie que par ce viscère. M. *Hervez de Chégoin* va plus loin: il croit que presque toujours dès le début cette enveloppe musculaire existe; que c'est l'étranglement que le lien exerce sur elle qui fait naître les accidens qui suivent dans certains cas l'opération de la ligature, tels que la douleur, l'inflammation, etc.; que, quand ces accidens ne surviennent pas, c'est que le col, en serrant le pédicule, a coupé petit à petit le tissu de l'enveloppe musculaire : aussi il conseille d'attendre le plus de temps possible pour pratiquer la ligature des polypes. Enfin, il pense que l'on a tort de regarder les polypes comme insensibles; que, quand cela a lieu, c'est que leur enveloppe charnue, à force d'extension, s'éraille, s'amincit et disparaît. Ces faits d'anatomie pathologique sont très-importans, et bien propres à justifier ceux

qui préfèrent l'excision des polypes à leur ligature, parce que la première de ces opérations est exempte des accidens inflammatoires, qui ne peuvent manquer de se déclarer dans la seconde, si la disposition signalée est constante.

Les vaisseaux qui apportent le sang aux polypes pénètrent par leur pédicule ; ils sont pour la plupart très-petits; cependant on les a trouvés, dans certains cas, assez volumineux pour qu'on pût y sentir des battemens. Ils sont généralement situés entre les couches extérieures et les plus profondes; et quelquefois la surface externe des tumeurs est parsemée de veines variqueuses plus ou moins grosses, qui, venant à se rompre, donnent lieu à des hémorrhagies. *Levret* a trouvé une assez grosse artère au centre d'un polype.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont susceptibles de passer à l'état osseux. M. *Roux* pense que cette transformation n'est point précédée de l'état cartilagineux ; le phosphate de chaux, qui est la cause matérielle de l'ossification, est immédiatement déposé dans les mailles de la substance fibreuse. *Bayle* et *Chambon*, au contraire, admettent que les corps fibreux de l'utérus peuvent passer complètement à l'état cartilagineux, puis osseux. M. *Cruveilhier* a vu des tumeurs de ce genre présenter à la fois des points cartilagineux et des points osseux ; j'en ai vu moi-même plusieurs. Toutefois il paraît certain que des productions fibreuses développées dans les parois de l'utérus ont pu faire croire à la pétrification de cet organe. C'est aussi par cette transformation qu'il faut expliquer l'existence de prétendues pierres trouvées dans la matrice, et que *Louis* avait regardées comme naissant de l'aggrégation des parties les plus solidifiables que contient le liquide exhalé dans ce viscère, de la même manière que se forment les calculs urinaires, biliaires et autres. M. *Roux* croit, et avec raison, que ces pierres ne sont autre chose que des polypes ossifiés, et qui se sont détachés de la surface interne de l'utérus « par suite « de l'espèce de dépérissement ou de mort lente qui accompagne « leur passage à l'état osseux ou pierreux, semblables alors aux dents,

« aux poils, aux cheveux, qui tombent à mesure que la vie y devient « plus languissante. »

Les tumeurs fibreuses de la matrice peuvent-elles passer à la dégénérescence cancéreuse? *Bayle* le nie formellement : « Loin de tendre à « se ramollir, à suppurer, à s'ulcérer, en un mot, à se détruire, comme « les squirrhes, avant la mort, les corps fibreux tendent à se durcir « et à passer à l'état osseux. » Morgagni (*de sed morb.*, epist. 39, art. 36, et 47, art. 29) Van-Swiéten (*Comm. in aph.* Boerrh., parag. 484), regardaient le cancer de la matrice comme la suite de ces tumeurs dégénérées; mais *Bayle* affirme que parmi les nombreux exemples de cancers de matrice qui se sont offerts à son observation, il n'en a vu aucun dans lequel l'origine de l'ulcère cancéreux pût être rapportée à la dégénération d'une de ces tumeurs. D'après l'opinion de M. *Dupuytren* (Médec. opér. de *Sabatier*, tom. IV, p. 337), ces tumeurs, suivant que l'élément fibreux l'emporte dans leur composition sur l'élément celluleux, ou que le contraire a lieu, deviennent, plus tard, osseuses, ou squirrheuses et cancéreuses. Cette distinction, fondée sur l'organisation des tumeurs, me paraît mettre admirablement d'accord les opinions, en apparence contradictoires, des auteurs. Toutefois, M. *Dupuytren* a fait cette remarque importante, que ce sont les couches externes des polypes qui passent surtout à l'état de cancer, et que presque toujours leur corps, ou tout au moins leur pédicule, présente l'organisation fibreuse saine, de manière qu'on peut encore les attaquer avec succès lors même qu'ils paraissent frappés d'une dégénérescence cancéreuse déjà avancée.

Les corps fibreux encore charnus sont susceptibles d'inflammation; ceux qui sont osseux peuvent être pris de carie (*Bayle*). La matrice se débarrasse quelquefois des polypes en étranglant le pédicule et en produisant la mortification de la tumeur. *Levret* en cite un exemple observé par lui, et deux autres observés par *Mauriceau* (Observ. sur la cure rad. des polyp., p. 42). Enfin, les polypes peuvent contracter des adhérences avec le vagin.

Symptômes. Les symptômes des tumeurs fibreuses de l'utérus varient comme leur siége ; c'est pourquoi, dans leur énumération, nous tiendrons compte du lieu où elles se seront développées.

Tant qu'elles ont peu de volume, les tumeurs sous-péritonéales ne donnent aucun indice de leur existence ; ce n'est que lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré d'accroissement qu'elles deviennent manifestes. En effet, en portant une main à l'hypogastre, et en palpant cette région, surtout après avoir mis par une position convenable les muscles du ventre dans le relâchement, on sent au-dessus du pubis un corps d'un volume variable, obrond, indolent, tantôt enfoncé dans le bassin, tantôt saillant dans le milieu du bas-ventre, ou situé dans l'un ou l'autre côté. Les malades éprouvent dans la cavité abdominale un sentiment de gêne, qui augmente avec le volume des tumeurs, et qui s'accroît toutes les fois qu'elles se livrent à des mouvemens plus ou moins brusques. En général, cette gêne n'est que momentanée, et elle cesse bientôt quand, l'accroissement de la tumeur venant à cesser, les parties qu'elles compriment se sont habituées insensiblement à sa présence insolite. Du reste, les femmes n'éprouvent aucun dérangement dans la menstruation ni dans les autres fonctions de l'organe. Mais ces symptômes suffiraient-ils pour distinguer *à priori* les tumeurs fibreuses sous-péritonéales d'autres tumeurs développées dans le bassin, comme un squirrhe ou une hydropisie enkystée de l'ovaire? Je ne le pense pas ; mais, dans tous les cas, cette erreur de diagnostic ne peut être préjudiciable à la malade, puisque le praticien n'a rien autre chose à faire qu'à employer un traitement palliatif et à rester spectateur des événemens. Il est cependant un cas où on doit avoir de fortes présomptions sur la nature de la tumeur sentie dans l'hypogastre : c'est lorsque son existence coïncide avec celle d'un polype reconnu dans le vagin ou la matrice, comme cela avait lieu chez la femme dont j'ai parlé précédemment. Les femmes peuvent parvenir à un âge très-avancé avec de pareilles tumeurs ; *Bayle* cite l'observation d'une demoiselle qui présenta, dès l'âge de trente-cinq ans, tous les symptômes d'une tumeur

sous-péritonéale, tumeur qui fut prise dès son début pour un squirrhe de la matrice ou de l'ovaire droit, et avec laquelle elle vécut jusqu'à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, sans éprouver même d'incommodités. La tumeur, examinée à l'autopsie, était grosse comme la tête d'un enfant nouveau-né, très-pesante et très-dure; elle était cartilagineuse, et présentait plus de dix points d'ossification.

Lorsque la tumeur existe dans les parois de l'utérus, ou elle occupe le col, ou elle s'est développée dans le corps. Il est assez facile de reconnaître celle qui occupe la surface vaginale du col : un doigt porté dans le vagin, ou même la vue aidée du *speculum uteri*, font parfaitement distinguer les changemens survenus dans le museau de tanche par suite de la présence du corps fibreux. Mais l'erreur est bien facile, lorsque celui-ci, au lieu d'occuper la surface, est situé plus profondément, surtout s'il est petit : il peut même acquérir des dimensions assez grandes, sans que les femmes s'en plaignent; c'est à peine si elles s'aperçoivent parfois de la présence inaccoutumée d'un corps volumineux à l'intérieur du vagin, corps volumineux qui n'est autre chose que le col accru dans un ou plusieurs de ses points.

Il n'en est pas ainsi lorsque la tumeur fibreuse occupe les parois du corps de la matrice. S'il est vrai que, dans beaucoup de cas, des tumeurs d'un petit volume peuvent exister sans que la malade en ait la conscience, il arrive, au contraire, dans d'autres circonstances, que ces tumeurs acquièrent un volume assez grand pour manifester leur présence d'une manière évidente. Ainsi, en explorant le bas-ventre avec la main, on sent dans cette région une saillie plus ou moins volumineuse, dure, qui s'accroît de jour en jour, et s'élève vers l'ombilic, au-dessus duquel elle remonte quelquefois. Si en même temps qu'on applique une main sur l'hypogastre pour fixer la tumeur, on introduit un doigt dans le vagin pour imprimer à l'utérus un mouvement de bas en haut, l'impulsion est communiquée à l'autre main : si, au contraire, la main de l'hypogastre imprime à la masse un mouvement de gauche à droite, on sent au museau de tanche le même mouvement de droite à gauche; ce qui indique que la tumeur, sentie

au-dessus de l'ombilic, fait corps avec la matrice. Le col, tantôt presque effacé, tantôt seulement déformé, est d'autres fois intact, et relevé fortement vers l'abdomen comme dans une grossesse de six mois. La plupart des femmes encore réglées chez lesquelles il se manifeste des tumeurs dans les parois de l'utérus éprouvent de temps à autre des ménorrhagies plus ou moins abondantes ou prolongées ; des écoulemens séreux sanguinolens ou des flueurs blanches leur succèdent ou se montrent dans les intervalles. Le plus souvent alors les malades sont remarquables par un teint pâle, blême, par un état particulier de bouffissure, qui tantôt augmente à mesure que les pertes sont plus abondantes, de manière quelquefois à mener insensiblement la femme au tombeau ; qui tantôt, au contraire, disparaît aussi par degrés avec les autres accidens, de telle sorte que les malades reprennent le teint de santé et de fraîcheur qu'elles avaient avant l'invasion de leur maladie, et ne conservent que la gêne résultant de la présence de la tumeur : ainsi, pesanteur sur le rectum et la vessie, douleurs et tiraillemens dans les lombes, les aines, le petit bassin ; impossibilité de se livrer à des mouvemens brusques, tels que le saut, et de supporter les secousses ou les cahots d'une voiture, etc.

Nous avons dit que les polypes de l'utérus pouvaient naître de la surface interne du corps de cet organe, de la surface interne de son col, et de la surface vaginale du museau de tanche ; examinons leurs symptômes dans ces trois circonstances.

Dans la plupart des cas, les polypes qui naissent de la cavité du corps utérin, après avoir séjourné quelque temps dans cette cavité, franchissent l'orifice du museau de tanche, occupent le vagin, et sortent de la vulve : de là quatre séries de phénomènes, suivant qu'on les considère à ces quatre époques différentes. Entrons dans quelques détails, et voyons les variétés de symptômes que fournissent ces diverses périodes.

Le polype naissant de la cavité du corps peut être inséré à tous les points de sa surface ; mais c'est particulièrement à son fond, et plus ou moins près de l'origine des trompes qu'il s'implante. Lorsqu'il ne

fait que commencer, il ne survient ni dans le volume de la matrice, ni dans les fonctions de cet organe, ni dans la santé générale de la femme, aucun changement, aucun phénomène qui puisse en faire soupçonner l'existence, soit au médecin, soit à la malade. Ce n'est que lorsqu'il a déjà acquis un certain volume, lorsque l'organe se trouve distendu de plus en plus par sa présence, que la femme commence à éprouver des tiraillemens dans les reins, à la partie interne des cuisses, des pesanteurs dans la partie inférieure du ventre ; les dimensions de l'utérus augmentent en tous sens, et bientôt ce viscère se fait sentir au-dessus du pubis. L'abdomen prend de l'accroissement à un tel point, que certaines femmes se sont crues enceintes ; l'illusion est surtout complète lorsqu'il y a, comme cela se présente quelquefois, suspension momentanée de l'écoulement des règles, développement douloureux des seins, et que ces prodromes ont été précédés de dégoûts, de nausées, de vomissemens, comme cela arrive habituellement dans une grossesse commençante. Ce n'est que lorsque cette prétendue grossesse s'est prolongée bien au-delà du terme ordinaire que les malades s'inquiètent de leur état, et consultent les médecins. Dans des cas pareils, ceux-ci ne peuvent le plus souvent que soupçonner la maladie ; en effet, s'ils portent le doigt dans le vagin, ils ne sentent aucun indice de tumeur ; le col est ordinairement effacé, et plus ou moins tiré en haut. Néanmoins, si les règles subsistent encore, ou bien se sont rétablies et ont repris leur cours ordinaire, et qu'au temps de leur écoulement on porte le doigt dans l'orifice utérin toujours plus ou moins béant à cette époque, on sent quelquefois la tumeur du polype lisse, polie, résistante, arrondie et indolente. Alors on peut dire d'une manière plus certaine quelle est la maladie. Comme on le voit, ces sortes de polypes sont susceptibles d'acquérir un développement, même considérable, sans descendre dans le vagin, et s'il survient des pertes abondantes, soit rouges, soit blanches, la malade peut périr sans qu'ils soient sortis de la cavité utérine.

Un des caractères essentiels des polypes, dit M. le professeur

Roux, est la tendance qu'ils ont à se porter dans l'intérieur du vagin; c'est aussi ce qui a lieu le plus ordinairement; en effet, en augmentant de volume, ils exercent contre les parois de la matrice une force d'expansion qui tend à les écarter, et les écarte, en effet, par degrés insensibles. Mais contre cette force centrifuge lutte continuellement une autre force dirigée en sens inverse, c'est-à-dire de la circonférence au centre, qui n'est autre chose que la résistance des parois de l'organe, résistance essentiellement active, qui oblige le polype à s'échapper par l'endroit qui lui offre le moins de résistance, c'est-à-dire par l'ouverture du col. Il s'engage comme un coin dans cet orifice, le dilate peu à peu et le franchit, soit brusquement à l'occasion d'un effort violent, soit d'une manière graduée. J'ai dit, d'après la plupart des auteurs, que la résistance des parois de la matrice était essentiellement active; il me semble que cette action continuelle du muscle utérin, outre qu'elle est en contradiction avec les préceptes de la physiologie, qui enseigne que l'action des organes ne peut jamais être continue, mais qu'elle est constamment interrompue par des alternatives de repos, est aussi contredite par les faits. Dans la grossesse, la matrice se dilate pour recevoir le produit de la conception; or, réagit-elle contre la force d'expansion continuelle et insensible qui la sollicite? S'il en était ainsi, si l'on pouvait supposer une pareille lutte, n'arriverait-il pas bien plus souvent des fausses couches? Oui certes, la matrice résiste, mais c'est d'une manière passive, si je puis m'exprimer ainsi : si elle se contractait sur le polype pour l'expulser, sa sortie ne serait-elle pas accompagnée de douleurs pareilles à celles de l'enfantement, ne serait-elle pas toujours brusque, au lieu d'être graduée, comme elle l'est presque constamment? Cette explication n'interdit pas la possibilité d'une expulsion précipitée, comme cela arrive dans une chute, un effort violent, etc.; la contraction des muscles abdominaux agissant sur les viscères du ventre, et les poussant vers le petit bassin, me paraît en être une cause suffisante. On sait d'ailleurs que cette sortie brusque n'a lieu que lorsque la tumeur est d'un certain volume, et donne de la prise à

l'action expultrice que je viens de signaler. Quoi qu'il en soit, lorsque la sortie du polype est graduée, il ne se présente que petit à petit à l'ouverture du museau de tanche, qui se dilate pour lui livrer passage. Si alors on porte le doigt dans le vagin, on sent cet orifice ouvert, formant un bourrelet autour de la tumeur, qui est arrondie, lisse, polie, plus ou moins résistante; le doigt ou plutôt un instrument mousse porté autour d'elle, s'enfonce dans une dépression circulaire qui l'environne, et qui est bien différente de l'espèce de cul-de-sac de même forme qui existe à l'extrémité postérieure du vagin, entre sa paroi et le museau de tanche. Le segment du polype qui se présente augmente de jour en jour et devient plus apparent; enfin il est sorti tout entier.

Lorsque le polype est arrivé dans le vagin par suite d'un effort brusque, un écoulement de sang l'accompagne le plus souvent. *Levret*, dans la première observation qu'il a rapportée dans son ouvrage intitulé : *Observation sur la cure radicale des polypes*, présente un cas de cette sortie brusque et d'une hémorrhagie concomitante et subite à la suite d'une chute de voiture faite par la malade. Selon lui, cette hémorrhagie fut le résultat de la compression qu'éprouvèrent aussitôt les veines superficielles de la tumeur par la contraction du col utérin, compression qui, en empêchant le retour du sang, produisit la distension de ces veines, puis leur rupture. Ne serait-ce pas plutôt à une déchirure du col qu'il faudrait plus justement attribuer cet écoulement de sang? *Levret* insiste beaucoup sur cette cause des hémorrhagies qui accompagnent les polypes naissant de l'intérieur du corps de l'utérus, c'est à elle seule qu'il les attribue ; *Sabatier* est aussi de cet avis. Sans nier absolument l'action de cette cause, il y a très-certainement erreur ; car les polypes non encore sortis de la matrice, ceux qui naissent du museau de tanche ou de l'intérieur du col en sont aussi accompagnés. Je crois plutôt que ces hémorrhagies sont un symptôme nécessaire et peut-être inexplicable de l'existence des polypes.

Toutefois le polype, ayant franchi l'orifice utérin, se trouve dans le

vagin ; alors, le plus ordinairement, les douleurs hypogastriques diminuent, car la tumeur, se développant dans le lieu où moins de résistance s'oppose à son accroissement, cesse d'exercer une pression aussi forte sur la matrice ; libre de croître dans le vagin, elle descend dans ce canal, et acquiert, tantôt rapidement, tantôt, au contraire, lentement, un volume assez considérable pour le distendre outre mesure, et le remplir au point que le rectum et le canal de l'urètre sont comprimés, et que la défécation et l'excrétion urinaire, d'abord seulement gênées, deviennent ensuite tout à fait impossibles. Le fond de l'utérus est presque toujours entraîné, et il se produit un renversement incomplet de ce viscère ; les tiraillemens des aînes et de la région des reins se font sentir avec une grande force. Dans certains cas, la tumeur ayant acquis un volume considérable, le vagin lui présente une résistance qui l'empêche de s'étendre vers la partie inférieure ; alors le pédicule est refoulé contre la paroi qui lui donne attache, disposition qui empêche de reconnaître d'une manière aussi facile la grosseur et l'insertion de ce pédicule. (Voy. les planches de *Levret*, Mém. acad. chir., 3) *Baudeloque* a observé un cas de ce genre ; le polype était si volumineux qu'il remplissait toute la cavité du bassin et refoulait la matrice à la hauteur de l'ombilic. (Rec. pér. Soc. méd., t. 4, p. 137.) Le polype ne s'accroît pas toujours au point dont nous venons de parler ; dans beaucoup de circonstances, au contraire, il reste stationnaire, après avoir acquis un certain volume. — L'extrémité libre ou inférieure du polype prend presque seule de l'accroissement, ce qui lui donne, comme nous l'avons déjà dit, la forme d'une poire ; l'extrémité adhérente ou supérieure, beaucoup plus petite, et appelée le *pédicule*, ne s'accroît pas, du moins dans la même proportion, parce que, disent les auteurs (*Levret*, *Herbiniaux*, *Monfalcon*, etc.), le col comprime cette partie. Cette opinion, si elle est absolue, est encore une erreur, à mon avis : en effet, examinez les planches de *Levret*, et vous verrez des polypes de l'intérieur du col et des polypes du museau de tanche, avec un *pédicule*. Or, où est, dans ces cas, la contraction du col, pour produire ce pédicule ? D'ailleurs,

si cette contraction était aussi forte qu'on le suppose, n'y aurait-il pas toujours, ce qu'on a vu quelquefois, mort spontanée de la tumeur, par suite de l'obstacle qui serait apporté à sa nutrition? Comment *Levret* aurait-il pu porter une ligature sur les polypes jusque dans la matrice, si le col de cet organe serrait tellement le pédicule qu'il en rendît le développement impossible? On ne tient pas assez compte de l'élongation que subit la tumeur par suite de la tendance continuelle qu'elle a à se porter dans le vagin, à le parcourir et même à franchir la vulve; on ne fait pas attention surtout que le pédicule doit être en raison directe de l'étendue de sa surface d'implantation; de sorte que plus cette surface est grande, plus le pédicule doit être gros, et réciproquement. — Quoi qu'il en soit, le doigt, porté dans le vagin, sent la tumeur parfaitement et plus ou moins haut; si elle est trop volumineuse, il ne peut la parcourir et arriver jusqu'au pédicule; si elle l'est moins, il peut y parvenir, et alors il reconnaît sans peine qu'il sort de l'utérus, à une dépression circulaire qu'il faut bien distinguer du cul-de-sac utéro-vaginal, comme nous l'avons déjà dit.

Il est assez rare que le polype franchisse la vulve spontanément, soit parce que, restant stationnaire, il ne prend pas assez d'étendue pour aller jusque là, soit parce qu'on l'extirpe avant qu'il ait acquis un accroissement suffisant, soit enfin parce que la femme succombe très-vite aux pertes sanguines et séro-purulentes. Pourtant, on a vu un certain nombre de fois la tumeur pendre entre les cuisses. Les causes qui déterminent la descente du polype au-dehors des parties génitales sont de plusieurs sortes : le poids de la tumeur, la station debout, le renversement plus ou moins complet du fond de l'utérus, le relâchement de ses ligamens, qui permettent alors sa chute, les contractions des muscles abdominaux dans les secousses de la toux, du vomissement, etc., produisent simultanément ou séparément cet effet. Mais, si la sortie spontanée des polypes hors de la vulve est assez rare, on peut, au contraire, l'exécuter assez facilement à l'aide de divers moyens, par exemple, en la saisissant et l'entraînant fortement avec les doigts seuls ou armés d'un instrument, tel que le forceps, la pince

de *Museux*, etc. ; il est des cas cependant où l'exécution de cette pratique a présenté les plus grandes difficultés ; on n'y est parvenu, dans d'autres cas, qu'en déchirant profondément la fourchette. Lorsque la tumeur est parvenue jusqu'au-dehors de la vulve, les frottemens qu'elle éprouve de la part des cuisses et des vêtemens, le contact des urines, à l'écoulement desquelles elle s'oppose plus ou moins complétement, font qu'elle s'enflamme et s'ulcère avec la plus grande facilité : de là, des pertes sanguines, séro-sanguinolentes, purulentes, d'une odeur fétide, qui épuisent promptement la malade. M. *Albert* a vu une femme chez laquelle une double tumeur, qui s'était développée dans la cloison recto-vaginale, sortait d'une part par l'anus, et de l'autre par la vulve ; les deux parties s'enflammèrent et s'agglutinèrent de manière à renfermer le périnée dans une espèce d'anneau. Au reste, dans le cas de sortie du vagin, le polype tiraille nécessairement la matrice, tend sans cesse à en produire le renversement, et y parvient quelquefois, de telle sorte que le pédicule s'allonge et se trouve formé supérieurement par la substance de l'utérus elle-même, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer. Cette remarque est de la plus grande importance ; le simple raisonnement indique qu'il faut l'avoir sans cesse présente à l'esprit lors de l'opération, parce qu'il faut éviter avec soin d'intéresser le corps utérin lui-même, si l'on veut s'épargner des accidens redoutables.

Nous avons à parler actuellement des polypes qui naissent de la surface interne du col ou du museau de tanche. Ce que nous avons dit précédemment des polypes qui sont sortis de la cavité utérine s'applique à ces deux espèces : il y a seulement quelques différences de symptômes à signaler. — Ceux qui sont implantés à la surface interne du col dilatent peu à peu l'ouverture du museau de tanche, descendent bientôt dans le vagin ; ils sont piriformes, comme ceux dont nous avons déjà parlé (voy. les planch. de *Levret*) ; leur pédicule est recourbé du côté du lieu où il est fixé, et le doigt ou un instrument mousse, porté dans l'anneau circulaire que forme autour de lui l'orifice du museau de tanche, se trouve arrêté à l'endroit de

son insertion, lorsqu'il essaie de le parcourir dans toute son étendue; c'est là le signe pathognomonique des polypes de l'intérieur du col. — Ceux qui naissent du museau de tanche, aussi pyriformes (voy. pl. de *Lœret*), déforment toujours son orifice, l'allongent du côté de leur implantation, de sorte qu'il présente l'aspect d'un bec de flûte. — Du reste, des écoulemens sanguins et muqueux accompagnent aussi l'existence de ces deux espèces de polypes. On lit dans la Clinique de *Pelletan*, t. 1., pag. 278, qu'une femme de quarante ans était retenue au lit par des pertes de sang continuelles, qui l'avaient réduite à un état de pâleur et de dépérissement qui semblait voisin de la mort. *Pelletan*, l'ayant visitée, trouva sept ou huit tumeurs de grosseurs différentes, depuis le volume de la moitié d'un œuf de poule jusqu'à celui d'une noisette; ces tumeurs pendaient de la circonférence du col de la matrice, par des pédicules dont le plus considérable était de la grosseur d'un tuyau de plume. Des ligatures furent placées sur ces pédicules; elles tombèrent promptement, et la malade recouvra en peu de temps une santé parfaite, « Je laisse à qui voudra, ajoute « l'auteur, le soin d'expliquer comment des tumeurs, pendantes au « col de la matrice, entretenaient des pertes de sang de cette partie. » Les polypes du col occasionent, quand ils sont volumineux, la descente de la matrice, mais ils ne produisent jamais son renversement.

Fidèle au sujet que nous nous sommes proposé, nous passons sous silence les polypes du vagin; nous devons dire seulement que tout ce qui précède et tout ce qui va suivre s'applique à eux, et qu'il suffirait de ces connaissances pour les traiter.

Diagnostic. Nous savons déjà que les tumeurs fibreuses sous-péritonéales peuvent être facilement confondues avec un squirre ou un kyste de l'ovaire, sans qu'il en résulte d'inconvéniens, parce que le praticien, dans tous les cas, doit rester inactif.

La tumeur formée par un corps fibreux d'un volume considérable, développé dans les parois de la matrice, peut simuler, 1°. la grossesse;

2°. une mole; 3°. l'accroissement spontané de la matrice. L'examen scrupuleux de la marche de la maladie et de la forme de la tumeur suffit communément pour la faire distinguer de l'état de grossesse; et dans les cas où l'on s'est trompé, l'erreur devient évidente au bout de quelques mois. La mole ne peut aussi être confondue que pendant un certain temps avec une tumeur fibreuse; mais je ne connais aucun signe à l'aide duquel on puisse constamment distinguer l'augmentation spontanée de toute la matrice d'avec le développement d'un corps fibreux très-considérable dans les parois de ce viscère. Au reste, l'erreur de diagnostic est ici peu importante; car l'augmentation de volume de la matrice dont il s'agit est une maladie incurable qui n'est point mortelle, qui est très-rare, et qui paraît d'ailleurs de même nature que les corps fibreux. Dans les cas dont nous parlons, toute la matrice présente une texture fibreuse remarquable, et il peut s'y former des points d'ossification dans divers endroits (*Bayle*).

Nous avons dit plus haut qu'on ne reconnaissait les tumeurs fibreuses qui naissent de la surface interne de la matrice, et qui sont encore renfermées dans sa cavité, que lorsque l'orifice du col est dilaté. On ne peut donc être certain de leur existence que quand elles font hernie par cet orifice plus ou moins ouvert. Or, dans les différens temps de leurs progressions, il est possible de les confondre avec diverses autres maladies dont nous allons essayer de les distinguer.

Des femmes attaquées de *leucorrhée*, et on sait qu'il y en a beaucoup, ont pu avoir un polype dont les écoulemens blancs n'étaient que le symptôme, et alors on s'est mépris sur le véritable caractère de la maladie : il ne faut que signaler cette erreur pour éviter de la commettre. *Levret* en cite un exemple (Mém. acad. Chir., 3); aussi il conseille aux femmes leucorrhéiques de se laisser toucher, non-seulement une fois, mais encore plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins grands, parce qu'un polype qui n'aurait pas été reconnu dans une première exploration, parce qu'il était encore dans l'utérus, peut devenir évident en sortant de cet organe.

Quand le polype se présente à l'orifice de la matrice, on peut le

confondre avec un *renversement incomplet* de ce viscère ; le doute est d'autant plus fondé, que les deux maladies arrivent de la même manière, qu'elles causent des incommodités du même genre, et que leur aspect est le même. Il est pourtant facile de les distinguer, en ce que dans le renversement incomplet de l'utérus la tumeur qui apparaît à l'orifice du col est très-douloureuse au toucher, et facilement réductible, ce qui est le contraire dans le polype. Dans le cas de renversement on sent dans l'hypogastre de la femme, si elle est maigre, une dépression en godet au bord supérieur de la matrice ; tandis que, dans le cas de polype, cet organe se fait sentir plus volumineux que de coutume. Un stylet introduit entre la tumeur et le bourrelet qui l'entoure s'enfonce plus profondément dans le polype que dans le renversement. De plus, si le doute subsistant, on attend quelque temps pour mieux s'éclairer, on voit que la tumeur en continuant de s'accroître devient plus large inférieurement que supérieurement si c'est un polype ; tandis que, si c'est un renversement elle conserve sa forme hémisphérique, et plus large en haut qu'en bas.

Lorsque le polype est tout entier dans le vagin ou qu'il a franchi le *pudendum*, on pourrait le prendre facilement pour un *renversement complet* de la matrice qui, entièrement retournée, remplit le vagin ou pend entre les cuisses. Dans les deux cas, la forme de la tumeur est la même, c'est-à-dire celle d'une poire. Ce n'est qu'en songeant aux circonstances commémoratives qu'on parvient à saisir leurs différences. — En effet, le renversement complet de la matrice s'observe ordinairement chez les femmes dont l'accouchement s'est fait rapidement, ou lorsqu'il a fallu exercer de violentes tractions pour avoir le placenta : il se fait brusquement ; s'il est récent, la réduction est facile, la malade se trouve soulagée quand on la tente, et les accidens cessent, si on porte la main dans l'hypogastre, la cavité du bassin semble vide ; la tumeur est très-douleureuse au toucher ; un bourrelet circulaire entoure l'extrémité supérieure du pédicule, qui est gros et court ; un stylet ne pénètre entr'eux deux qu'à quelques lignes de profondeur. — Le polype peut paraître dans tous les temps ; son appa-

rition est ordinairement lente et graduée; les tentatives de réduction exercées, loin de soulager la malade, lui produisent beaucoup de douleurs, et donnent lieu à de nouveaux accidens. La main portée dans l'hypogastre y sent le corps de la matrice; un bourrelet circulaire enveloppe aussi le pédicule, qui généralement est plus long et plus grêle; et le doigt ou le stylet peut s'enfoncer entr'eux à une assez grande profondeur. Si le polype naît du museau de tanche, il n'y a pas de bourrelet, et l'orifice utérin est situé à l'un des côtés de son extrémité adhérente; enfin le polype est insensible. L'utérus peut aussi perdre sa sensibilité par suite des topiques astringens dont on le couvre; cependant il est susceptible d'éprouver quelque sensation lorsqu'on le gratte doucement avec l'ongle. (*Mayer*) — Ces signes distinctifs, suffisans la plupart du temps, ne le sont pas toujours. M. *Boyer* (Traité des mal. chirur.) cite l'observation d'une femme dont un jeune médecin lia la matrice renversée, qu'il prit pour un polype : la ligature tomba vingt-six jours après son application; il ne se développa pas immédiatement de ces accidens graves qu'une pareille opération doit faire présumer; toutefois la malade mourut trente-six jours après l'opération. Une erreur moins funeste a fait croire à d'autres qu'ils avaient enlevé la matrice à des femmes qui n'avaient que des polypes; et même quelques-uns n'ont pu être détrompés, quoique leurs opérées fussent devenues mères dans la suite.

Mais, nous l'avons déjà dit, il peut y avoir un renversement complet de la matrice, par le fait même de l'existence du polype, qui a entraîné son fond où il était implanté. Comment distinguer ce qui appartient au mal de ce qui appartient à l'orgaane? Dans ce cas il y a, en quelque sorte, deux tumeurs, l'une inférieure, beaucoup plus grosse, indolente, dure et irréductible; l'autre supérieure, moins grosse, moins dure, douloureuse : la première est le polype, la seconde est la matrice.

Une chute de la matrice dans le vagin ou hors de ce conduit peut-elle faire croire à l'existence d'un polype? Si l'on considère que la tu-

meur est beaucoup plus petite en bas qu'en haut, qu'elle est douloureuse, qu'elle est réductible, mais surtout qu'elle présente à son extrémité inférieure une fente transversale qui est l'ouverture du museau de tanche; qu'on peut introduire profondément un stylet dans cette ouverture, d'où l'on voit sortir la matière des menstrues lorsque la femme est encore réglée, on n'aura aucun doute sur la nature de la tumeur. Dans un cas cité par *Levret*, l'extrémité inférieure d'un polype présentait une légère dépression, qu'un examen peu attentif eût pu faire prendre pour l'orifice du col utérin.

On peut confondre les polypes avec des *affections cancéreuses de l'utérus*. M. *Dupuytren* a opéré la résection de polypes que plusieurs chirurgiens avaient pris pour des cancers utérins, et a rendu à la vie des malades condamnés par d'autres à une mort certaine (*Roche* et *Sanson*). Il me semble que l'erreur doit être assez facile à éviter par un examen attentif. Comment se tromper, en effet, si on peut atteindre et contourner le pédicule de la tumeur, si on sent autour de lui l'anneau formé par le museau de tanche? Hésitera-t-on alors à dire que c'est un polype? L'erreur serait plus facile si cette tumeur naissait d'une des lèvres du col; des végétations cancéreuses élevées sur cette lèvre pourraient figurer un polype : mais, dans ce cas, n'a-t-on point pour s'éclairer l'état général que présentent les malades frappées de cancer, les écoulemens de sang au moindre attouchement, la sanie ichoreuse d'une odeur *sui generis* qui découle de la vulve ou baigne le doigt porté dans le vagin?

Il faut enfin savoir distinguer une tumeur naissant des parois du vagin d'un véritable polype de l'utérus. Si l'on peut atteindre le col de la matrice et constater qu'il est libre dans toute son étendue, qu'il n'a aucune connexion avec la tumeur, l'erreur sera difficile; si, d'un autre côté, on peut atteindre le pédicule et reconnaître le véritable lieu de son insertion, il ne sera pas possible de se tromper. M. *Bérard* (Dissert. sur plusieurs points d'anat. path., 14 frévrier 1826) cite l'histoire d'un polype qui avait une insertion primitive au fond

de l'utérus, et qui, ayant contracté des adhérences avec la paroi postérieure du vagin, y était uni comme par un second pédicule.

Prognostic. Le prognostic des tumeurs fibreuses de l'utérus est généralement grave. — Celles qui se développent sous le péritoine ou dans les parois du viscère sont hors de la portée de nos moyens de traitement, mais ils ne sont pas nécessairement mortels; il arrive, au contraire, comme nous l'avons déjà dit, que les femmes vivent le plus souvent avec leur mal dans un état très-satisfaisant. — Les polypes qui restent enfermés dans la cavité utérine, et qui se dérobent ainsi à nos moyens de diagnostic et de traitement, sont, en général, plus graves que ceux qui, sortant de ce viscère, deviennent accessibles à la main de l'opérateur; mais l'opération elle-même n'est pas sans danger; et s'il est vrai que le plus souvent elle soit suivie de guérison, il n'est pas moins vrai aussi que plus d'une fois elle a été suivie de la mort de la malade. Le prognostic augmente de gravité par l'existence simultanée de plusieurs tumeurs. — Les polypes qui naissent de la cavité du col et du museau de tanche ne sont jamais aussi fâcheux que les autres, parce qu'ils sont ordinairement plus faciles à attaquer et qu'ils sont accompagnés de moins de pertes rouges et blanches.

Les polypes ne s'opposent point toujours à la conception. *Levret* (Mém. acad. chir., t. 3) cite trois observations qui prouvent que des femmes ayant un polype inséré dans la cavité utérine ont conçu, et que le fruit de leur conception est venu à terme. Chez deux d'entre elles, la tumeur, apparente avant la grossesse, a disparu pendant cet état et a reparu après l'accouchement. Une quatrième observation, communiquée au même auteur par *Thoumain*, fait voir que la conception a eu lieu, et qu'elle a été suivie d'avortement à deux mois et demi. L'existence du polype rendait le rapprochement des sexes très-douloureux, et même l'auteur s'étonne qu'il ait pu avoir lieu.

Les cas rares où la guérison a eu lieu par la rupture du pédicule

ou le passage à la gangrène de la tumeur polypeuse, sont on ne peut plus heureux.

Traitement. Des corps fibreux qui se développent soit dans le tissu propre, soit à la surface péritonéale de l'utérus, ne reclament d'autres moyens que le traitement palliatif. Devrait-on, s'autorisant d'une opération faite par M. *Nathan Smith*, qui enleva avec le plus grand succès un kyste de l'ovaire (Journ. méd. et chir., d'Édimbourg), et de la réussite de plusieurs opérations césariennes, ouvrir les parois du ventre et aller couper, à son union avec la matrice, une tumeur développée à sa surface péritonéale, et présentant un pédicule de peu d'étendue? Cette pratique a trop d'inconvéniens évidens pour être suivie par un homme sensé et doué d'un peu d'humanité. Des malades portant des tumeurs de ce genre ont pu vivre très-longtemps sans qu'il en résultât pour elles d'autres inconvéniens que la gêne inséparable de la présence de ces corps plus ou moins volumineux. La femme dont j'ai parlé plus haut, et qui a un polype dans le vagin et une tumeur faisant une saillie considérable dans l'abdomen, éprouve peu d'incommodités. Il n'en est pas toujours ainsi cependant: les malades ont des pertes fréquentes et abondantes, surtout l'orsqu'elles sont encore réglées; et elles tombent bientôt dans un état de pâleur, de bouffissure, d'amaigrissement, qui peut devenir funeste. Il faut prévenir et modérer ces pertes par le repos, la position horizontale, et soutenir les forces par les toniques, tels que le quinquina, les amers, les antiscorbutiques, et par un régime analeptique. Les malades doivent éviter avec soin les secousses violentes qui seraient capables d'entraîner à leur suite le froissement des parties voisines de la tumeur fibreuse. Celles qui ne sont pas mariées doivent fuire les liens du mariage; celles qui y sont engagées doivent éviter avec la plus grande attention de devenir enceintes. Malgré les exemples avérés de grossesses très-heureuses nonobstant l'existence de polypes utérins, il est constant qu'une femme grosse avec une tumeur de ce genre expose sa vie et celle de son enfant aux plus grands dangers.

Tout ce qui précède s'applique aux tumeurs fibreuses qui font saillie dans la cavité utérine, mais qui, ne sortant pas de cette cavité, restent inaccessibles à la main du chirurgien. Il n'y a donc que les polypes qui sortent par l'orifice du museau de tanche qui soient attaquables par nos moyens. Or, ces moyens sont, la cautérisation, l'arrachement, la ligature et l'excision.

La *cautérisation*, qu'on attribue à *Celse*, n'a point été conseillée par lui pour des polypes, mais pour des ulcères avec fongosités. Je ne sache pas que ce traitement ait été employé par aucun praticien. Au reste, qu'il consiste dans l'applications des cathérétiques ou du fer rouge, il doit être rejeté.

L'*arrachement par torsion* a été pratiqué une seule fois par *Boudou*, et l'opération à réussi. *Lapeyronie* cite l'exemple d'un polype enlevé de la même manière par une sage-femme, qui, en voulant réduire une tumeur de ce genre, sortie du vagin, et qu'elle avait prise pour une descente de la matrice, exécuta probablement des mouvemens de torsion tels, que la tumeur lui resta dans la main; la femme, agée de soixante ans, guérit très-bien. *Dionis* dans son traité d'opérations chirurgicales, dit indistinctement qu'on peut *arracher*, couper ou lier les polypes. *Junker*, *Heister* (Inst. chir.) ont conseillé de tordre le pédicule. On sent qu'on ne devrait recourir à ce moyen qu'autant que le pédicule, mince et allongé, pourrait être assez fortement saisi, au moyen d'une pince à mors, à son union avec la matrice, pour qu'on parvint, en fixant ce pédicule, à empêcher l'organe de participer aux mouvemene de torsion qu'on exécuterait sur le polype,

La *ligature* a été de tout temps employée, mais seulement sur les polypes qui étaient déjà hors de la vulve, ou sur ceux dont on pouvait saisir facilement le pédicule, quoiqu'ils fussent encore dans le vagin. Alors on l'embrassait, avec un lien formé de plusieurs brins de fils cirés, le plus près possible de son union avec la matrice; ou bien, s'il était trop volumineux pour être suffissamment étranglé, on le transperçait avec une aiguille enfilée d'un double lien, qu'on serrait

sur chacune de ses moitiés. La ligature étant faite, les uns abandonnaient la tumeur à elle même, et en attendaient la chute; d'autres faisaient immédiatement l'excision au-dessous du fil; d'autres, enfin, après avoir attendu quelque temps, pratiquaient encore cette excision. Beaucoup de succès suivaient cette conduite; mais, comme elle n'était applicable qu'aux polypes sorti de la vulve, avant que cette époque fut arrivée, le chirurgien qui ne voulait pas employer d'autre méthode était l'inutile témoin des hémorrhagies et de l'épuisement de ses malades. A *Levret* appartient la gloire d'avoir, le premier, conçu et exécuté le projet de lier les polypes utérins encore cachés profondément dans le vagin et même la matrice; il a créé divers instrumens qui réussirent entre ses mains. *Herbiniaux* a imaginé de porter la ligature en faisant parcourir au lien la circonférence du pédicule. Je ne parle ni des instrumens de *Levret*, ni de ceux d'*Herbiniaux*, ni de ceux qui ont été proposés et employés par bien d'autres encore, non-seulement à cause des bornes que je suis obligé de mettre à cette thèse, mais encore parce qu'avec ceux de *Desault*, qui sont presque seuls employés en ce moment, et que je vais décrire, ont peut opérer sur tous les polypes imaginables.

Ces instrumens sont aux nombre de trois : 1° une *pince porte-nœud*, (Boyer), tige d'acier bifurquée, dont les branches, terminées par deux demi-anneaux, peuvent, en se rapprochant, former un anneau complet, cette tige est renfermée dans une canule d'argent, à l'aide de laquelle on peut unir ou séparer les deux branches de la tige d'acier, en la poussant vers sa bifurcation ou en sens inverse. Cette tige, plus longue de deux pouces que la canule, qui a elle même cinq à six pouces, présente une échancrure à l'autre extrémité. 2°. Une *canule porte-nœud* (Boyer), canule d'argent longue d'environ sept pouces, légèrement recourbée, pour s'adapter à la convexité du polype, et portant deux anneaux à une de ses extrémités, tandis que l'autre se termine en lame. 3°. Un *Serre-nœud*, tige d'argent ou d'acier, solide, d'une longueur variable, portant à un bout un anneau, qui en part à angle droit; et à l'autre, qui est aplati, une échancrure longitudinale qui doit re-

cevoir les chefs du fil. Quand on veut procéder à l'opération, on prépare l'appareil : pour cela, on pousse la canule de la pince porte-nœud de manière que ses demi-anneaux forment un anneau complet ; on y passe un des chefs d'une ligature faite de plusieurs brins de fil ciré peu tordu, et longue de deux pieds, et on fixe l'extrémité de ce chef à l'échancrure de la tige d'acier ; on passe ensuite l'autre extrémité dans la canule porte-nœud, et on l'arrête à un de ses anneaux. On se munit, de plus, de petites éponges fines, d'un *speculum uteri*, de cérat ou d'huile, et de serviettes. Tout étant ainsi préparé, on procède à l'opération de la manière suivante :

La malade est couchée en travers sur le bord de son lit, préalablement garni d'alèzes ; ses pieds appuyés sur deux chaises, les cuisses écartées et relevées, la tête soutenue par un ou plusieurs oreillers. Si le polype, peu volumineux et peu saillant dans le vagin, ne s'y oppose point, on introduit le *speculum uteri*, enduit de cérat ou d'huile ; dans le cas contraire, on s'en passe. Les aides, qui maintiennent les cuisses écartées, écartent aussi les grandes lèvres et les nymphes ; les mains du chirurgien doivent être parfaitement libres. Celui-ci, mettant un genou en terre ou restant debout, suivant la hauteur du lit et suivant qu'il le juge commode, introduit la pince et la canule, exactement rapprochées et parallèles, entre la paroi du vagin et la tumeur, puis entre la paroi de l'utérus et la tumeur encore ; parvenu au point le plus élevé du pédicule, il dégage le chef du fil fixé à l'anneau de la canule, qu'il saisit de la main droite, tandis que la gauche maintient immobile et en place la pince porte-nœud. Après cela, il fait parcourir, avec la plus grande précaution, par l'extrémité *utérine* de la canule, toute la circonférence du pédicule, de manière à rejoindre la pince qu'elle avait quittée. Dans ce mouvement, l'anse du fil a enveloppé, comme on le voit, le pédicule. L'opérateur change alors les deux instrumens de mains, fait passer la canule en dehors de la pince, et les deux chefs se trouvent croisés de telle sorte que, celui de la canule étant retenu par l'autre, on peut retirer cette canule sans crainte de déranger l'anse du fil. Alors on dénoue le chef qui était

attaché à la pince, on le réunit à l'autre, et on les engage ensemble dans l'ouverture du serre-nœud, que l'on pousse jusqu'au pédicule en même temps qu'on tire sur les chefs, afin de rétrécir de plus en plus l'anse de la ligature et d'étreindre proportionnellement le polype. Lorsqu'on a produit une constriction suffisante, on fixe les deux chefs à l'échancrure du serre-nœud, pour les empêcher de se relâcher. Avant de serrer fortement, on a eu soin de dégager la pince porte-nœud, en ouvrant d'abord les branches de cet instrument, qui, ayant alors abandonné le lien, a pu être retiré facilement. L'opération est alors terminée; on n'a plus qu'à fixer le serre-nœud, au moyen d'une bande, à l'une des cuisses de la malade.

Sabatier employait deux pinces au lieu d'une, et supprimait la canule porte-nœud. Du reste l'opération se faisait comme précédemment, si ce n'est que, lorsque les deux pinces se trouvaient de nouveau réunies après le mouvement de circumduction, on engageait de suite les deux chefs de la ligature dans le serre-nœud, puis on dégageait les pinces. On s'évitait le temps de la manœuvre qui a pour objet le croisement des fils. — Au lieu du serre-nœud de *Desault*, on peut employer un autre serre-nœud que j'ai vu employer à l'Hôtel-Dieu pour la ligature des polypes du nez, et qui diffère du précédent en ce qu'au lieu d'une échancrure à l'une de ses extrémités, il y a une vis de rappel qui serre ou desserre la ligature suivant qu'on la tourne dans un sens ou dans un autre. Cet instrument a l'avantage de rendre plus facile la constriction graduée et croissante qu'il faut exercer sur le polype, mais il est plus coûteux et plus difficile à se procurer que l'autre.

De quelque manière qu'on ait pratiqué la ligature, il faut la serrer d'abord médiocrement, afin d'éviter les accidens fâcheux qu'une constriction trop forte exercée de prime abord ne manquerait pas de produire dans presque tous les cas. On serrera ensuite graduellement et tous les jours un peu plus fortement, dans le but d'interrompre les communications vasculaires qui existent entre le polype et la matrice, et de produire par suite sa séparation. Cette séparation a lieu dans

l'endroit même où est appliqué le lien, et non à l'endroit d'insertion du pédicule sur la substance du corps utérin, comme le pensait *Levret* (Journ. méd., t. 32, p. 536), qui comparait la mortification du pédicule à celle du cordon ombilical, qui se sépare du ventre toujours au même endroit, quel qu'ait été le lieu d'application de la ligature. Il n'y a là aucune analogie; le cordon ombilical se sépare de la peau de l'abdomen parce qu'il n'en reçoit aucun vaisseau; la partie du pédicule du polype, située au-dessus de la ligature, conservant avec la matrice les communications vasculaires qu'elle a toujours eues, il n'y a pas de raison pour qu'elle doive s'en séparer. Quoi qu'il en soit, sitôt qu'une douleur violente, insupportable à la malade, accompagnée d'insomnie, d'agitation, de gonflement du ventre, de symptômes fébriles, se manifeste, il faut relâcher promptement la ligature, et ne la serrer de nouveau, ou même ne la réappliquer, si on a été obligé de l'enlever tout-à-fait, que lorsque les accidens auront disparu, soit par le fait seul du relâchement du lien, soit sous l'influence de bains, de fomentations émollientes, d'injections de même nature dans le vagin, d'application de sangsues ou de saignées générales, si des symtômes inflammatoires assez intenses les ont rendues nécessaires; car il arrive quelquefois que la ligature est suivie de l'inflammation de l'utérus, du péritoine ou du tissu cellulaire du bassin, complication redoutable à laquelle succombent presque toujours les malades quand elle survient.

Les choses se passent différemment suivant que le pédicule du polype est mince et peu résistant, ou qu'il est volumineux et dur. Dans le premier cas, il est coupé promptement par la ligature, et la tumeur se sépare plus ou moins flétrie et flasque. Dans le second, les premiers degrés de constriction, ordinairement douloureux, n'interrompent pas de suite les communications vasculaires entre elles et l'utérus; elle se tuméfie, devient violette, noirâtre; les vaisseaux, ceux surtout qui sont superficiels, se gonflent, se rompent et donnent lieu à des hémorrhagies auxquelles succèdent bientôt des écoulemens sanieux, jaunâtres, verdâtres, de mauvaise odeur, et dont le

contact irrite les parties génitales, si on n'a pas la précaution de faire fréquemment des injections émollientes et détersives. Enfin, après un temps extrêmement variable, le serre-nœud et la ligature *intacte*, tombant spontanément, indiquent que le polype est séparé de la matrice; s'il est encore dans le vagin, on l'extrait au moyen des doigts ou de pinces. A l'instant même où la séparation a lieu, le fond de l'utérus remonte et reprend sa place, lorsqu'il existait un renversement de cet organe. Après la chute du polype, il continue à se faire, pendant quelque temps, un suintement ordinairement purulent, qui cède à l'emploi d'injections convenables.

L'*excision* des polypes utérins, indiquée par *Aëtius*, était pratiquée par *Fabrice d'Aquapendente*, à l'aide de longues pinces terminées en bec de cuiller tranchante. *Dionis* l'a aussi conseillée; il la faisait avec un couteau à lame en forme de flamme. Elle fut pratiquée une fois par *Herbiniaux*, dans un cas où la dureté extrême du polype et la douleur suivie d'accidens graves que produisait la constriction du pédicule, l'empêchèrent d'employer la ligature. M. *Boyer* l'a aussi exécutée une fois (Traité mal. chir., t. 10, p. 567). Beaucoup d'autres encore eurent recours à cette opération, et dans presque tous les cas elle réussit; il n'y a peut-être, pour justifier les craintes de ceux qui la rejettent, que l'exemple cité par *Zacutus Lusitanus* (*Prax. med. lib.* 2, *obs.* 86), d'un empirique qui, ayant enlevé par la rescision un polype de la grosseur d'une amande seulement, vit mourir sa malade d'épuisement, produit par une hémorrhagie considérable. Toutefois *Richter* et beaucoup d'autres praticiens désapprouvent l'usage d'instrumens tranchans, non-seulement à cause de l'hémorrhagie qu'ils redoutent, mais encore parce que l'on risque de blesser le vagin. M. *Boyer* lui préfère la ligature, excepté dans les cas où les polypes sont durs et fibreux, lorsque leur pédicule grêle, ou d'une grosseur médiocre, peut être atteint facilement avec les doigts et parcouru dans tout leur contour, afin de juger s'il n'y existe pas de battemens considérables, résultat de la présence de grosses artères. Les docteurs *Siebold* et *Mayer* de Berlin, n'approuvent la ligature que dans deux

circonstances : 1°. lorsqu'on sent les pulsations d'une artère dans l'épaisseur du corps de la tumeur ; 2°. lorsque le col est assez épais pour qu'on ait lieu de soupçonner qu'il renferme quelques gros vaisseaux. *Samuel Cooper* veut qu'on pratique l'excision, après avoir toutefois embrassé avec une ligature la partie supérieure du polype, lorsque sa sortie, ayant été brusque, a produit le renversement de la matrice ; de cette manière, on fait de suite la réduction de l'utérus, et on remédie, aussi promptement que possible, à la douleur et aux dangers que détermine un pareil accident. M. *Hervez de Chégoin* (Mémoire cité) préfère la rescision dans tous les cas, à cause de la disposition anatomique qu'il a signalée, disposition d'où il résulte que c'est sur la substance même de l'utérus qu'est appliquée la ligature dans un grand nombre de cas, dans tous ceux surtout où on procède de très-bonne heure à l'opération. C'est aussi sur le tissu utérin qu'agit l'instrument tranchant ; mais cette action, au lieu d'être lente, permanente, irritante, comme dans la ligature, est au contraire prompte, instantanée dans l'excision, et ne produit qu'une plaie très-simple, qui ne doit inspirer aucune crainte, si l'on réfléchit aux nombreux succès obtenus récemment par l'opération, qui consiste à amputer le col de l'utérus. M. le docteur *Jeune* a présenté dernièrement à l'Académie un mémoire qui a pour objet d'établir la prééminence de la rescision sur la ligature ; j'ignore sur quelles raisons ou quels faits il s'appuie, parce que son ouvrage n'est pas autrement public. M. le professeur *Dupuytren*, dont nous aurions dû parler plus tôt, fondé sur la nature fibreuse des polypes, a pensé que, dans la plupart des cas, la crainte de l'hémorrhagie était chimérique ; aussi ne pratique-t-il que par la rescision la séparation de ces tumeurs. Il n'a été qu'une seule fois obligé de recourir au tamponnement pour remédier à un suintement assez abondant qui donnait quelques inquiétudes, et les suites de son opération n'en ont pas été moins heureuses (*Roche* et *Sanson*). D'ailleurs, il paraît que, du côté de l'hémorrhagie, la ligature ne l'emporte pas entièrement sur la rescision ; car M. *Monfalcon* dit, en termes expresses (Dict. sc. méd.), que « M. *Dubois* a eu le

« malheur de perdre *plusieurs* fois, par une hémorrhagie fou-
« droyante, des femmes qu'il avait délivrées de polypes utérins par
« la *ligature.* »

Mais ce n'est pas seulement sur les polypes, dont on peut atteindre facilement le pédicule, que M. *Dupuytren* conseille de porter et porte l'instrument tranchant : celles de ces tumeurs dont le pédicule est le plus éloigné peuvent être soumises à la même opération. Voici comment ce célèbre praticien opère : la malade étant dans la situation que nous avons indiquée à l'occasion de la ligature, le chirurgien porte le doigt dans le vagin, et le parcourt dans toute son étendue, afin de s'assurer qu'il n'existe aucune adhérence entre la muqueuse de ce conduit et la surface du polype, ce qui, au reste, est assez rare ; il détruit ces adhérences, s'il y en a, avec des ciseaux courbés sur leur plat et mousses, plutôt en les contondant qu'en les coupant, pour empêcher les petits vaisseaux qui pourraient exister de fournir du sang. Puis, il saisit la tumeur avec une forte pince de *Museux*, lui fait franchir la vulve, en exerçant sur elle des tractions modérées et graduées, tractions d'où résulte nésessairement un renversement plus ou moins considérable du fond de la matrice, mais non inquiétant, parce que, aussitôt après l'opération, qui dure peu de temps, tout doit se rétablir. Le pédicule étant assez descendu pour qu'il puisse l'atteindre facilement, il l'explore avec les doigts pour vérifier s'il ne contient aucune artère considérable qui se fasse reconnaître à ses battemens. Si des pulsations existent dans le pédicule, il l'entoure à sa partie supérieure, d'une ligature qu'il serre fortement, et enfin il ampute ce pédicule au moyen de forts ciseaux courbes, à tranchans mousses. Aussitôt après la section, le fond de la matrice tiraillé reprend sa place, et les accidens momentanés qu'avait produits le renversement disparaissent. A peine y a-t-il un léger suintement de sang, qui s'arrête bientôt de lui-même, quelques écoulemens blancs, purulens, qui durent peu de jours.

Nous avons déjà exposé quelques raisons qui engagent à préférer l'excision à la ligature ; nous pouvons ajouter que, dans la première,

la malade est promptement débarrassée, tandis que, dans la deuxième, il faut toujours un temps assez long pour la chute du polype ; tous les jours il faut resserrer le lien, visiter et examiner la malade ; elle est tourmentée par la matière des écoulemens fétides qui la baignent jusqu'à la chute du polype, etc., etc..... Le renversement de la matrice, qu'on détermine pour rendre l'opération possible, ne présente pas d'inconvéniens, comme on pourrait le craindre dabord, parce qu'il dure très-peu de temps; mais il est quelquefois très-difficile, et même impossible, chez les vierges et les femmes qui n'ont point eu d'enfans. Dans ces cas, je pense qu'il serait préférable de recourir à la ligature. Ce renversement a été conseillé par *Baudelocque*, pour les cas où la tumeur, trop volumineuse, ne pouvait pas être atteinte jusque dans son pédicule. *Herbiniaux* l'opéra chez la femme à qui il enleva un polype par la rescision.

Le procédé de M. *Dupuytren* est applicable aux polypes qui sont encore renfermés dans la matrice. Dans un cas de ce genre, ce chirurgien plaça un *speculum uteri* dans le vagin, incisa en bas et en haut le col de l'utérus, saisit la tumeur avec la pince de *Museux*, l'attira au-dehors, et en coupa le pédicule avec autant de facilité que si depuis long-temps elle eût été contenue dans le vagin. (Nouv. élém. de path. médico-chir., *Roche* et *Sanson*.)

Si le polype naissait du vagin, il ne pourrait certainement être amené au-dehors ; la ligature serait alors seule applicable, à moins qu'il ne fût inséré près de la vulve.

Lorsqu'une femme a été débarrassée d'un polype qui déterminait des pertes rouges et blanches, elle ne tarde pas à être soulagée ; ces pertes disparaissent subitement, et bientôt son teint, devenant brillant et fleuri, annonce tous les dehors d'une santé durable ; quelques-unes restent pâles, jaunes et bouffies ; mais, comme elles n'éprouvent plus ces déchets journaliers qui minaient rapidement leur édifice, elles conservent la vie dans un état valétudinaire, qui parfois

pourtant se dissipe, mais avec lenteur ; d'autres enfin ne peuvent profiter des bienfaits de l'opération, parce que leur machine, trop détériorée, n'a plus la force d'exécuter les fonctions nécessaires à la continuation de la vie. — Des malades qui avaient depuis un temps assez long des hémorrhagies fréquentes, se trouvant tout à coup débarrassées de ces pertes de sang par l'opération, éprouvent, après leur guérison, des irritations, des inflammations dans divers organes. Il ne faut pas craindre de traiter ces accidens par les émissions sanguines ; elles sont parfaitement indiquées, lors même que les malades sont encore dans un état plus ou moins voisin de l'anémie. Il est entendu que, dans ce cas, elles doivent être très-petites et faites avec précaution. Je crois même que M. *Dupuytren* établit en précepte, pour éviter ces irritations inflammatoires, de pratiquer de temps en temps, et de loin en loin, de petites saignées aux malades opérées de polypes, qui étaient tourmentées depuis long-temps par des pertes de sang.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Si à leucophlegmatiâ detento vehemens diarrhæa superveniat, morbum solvit. *Sect.* 7, *aph.* 29.

II.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

III.

Mulieri menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere. bonum. *Ibid, aph.* 38.

IV.

Omnia secundùm rationem facienti, et non secundùm rationem evenientibus, non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est. *Sect.* 2, *aph.* 52.

V.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem impossibile, debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

VI.

Paulò deterior et potus et cibus, jucundior autem, eligendus potiùs quàm meliores, quidem ingratiores. *Ibid, aph.* 38.